

Seguro Médico Internacional  
Trébol Salud Global Exclusive



Código SBS: AE2046420191

|                                                    |                |
|----------------------------------------------------|----------------|
| SUMA ASEGURADA BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA: | US\$ 7,000,000 |
|----------------------------------------------------|----------------|

| Deducible Agregado Anual *                                                                                                                                           | Deducible US\$                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| El deducible agregado anual internacional por asegurado aplica para todas las coberturas indicadas en la Tabla de beneficios, salvo que se especifique lo contrario. | Opciones:<br>US\$ 5,000   US\$ 10,000   US\$ 20,000 |

\* Los importes asumidos por los asegurados por concepto de deducible y coseguro provenientes de siniestros locales cubiertos, se acumulan y descuentan sobre el deducible agregado anual internacional.

| Red de atención y cobertura geográfica                                                                                                                                                                                                     | Zona Geográfica                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La atención es exclusiva en la Red de Proveedores afiliados al plan. Para conocer los Hospitales y Centros Médicos que comprenden la red consultar en <a href="http://www.bupasalud.com/red-de-salud">www.bupasalud.com/red-de-salud</a> . | Opciones:<br>> Sólo LATAM (no incluye Brasil)<br>> Internacional completa (incluye USA y Brasil) |

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

| Atención Ambulatoria                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Zona Geográfica     |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| La atención se brindará una vez cubierto el deducible agregado anual por parte del Asegurado.                                                                                                                                                                                                             | Deducible US\$      | Cubierto al % (1) |
| <b>Cirugía Ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                            | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                       | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| <b>Visitas a médicos y especialistas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                            | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                       | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| <b>Medicamentos por receta (Máximo 30 días por asegurado y por año póliza)</b>                                                                                                                                                                                                                            |                     |                   |
| Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses)                                                                                                                                                                                                                           | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización                                                                                                                                                                                                                                                             | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| <b>Procedimientos de diagnóstico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |
| Abarca patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia.                                                                                                                        | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| <b>Fisioterapia y servicios de rehabilitación (Hasta 40 sesiones, por asegurado y por año póliza)</b>                                                                                                                                                                                                     |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                            | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                       | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| <b>Atención médica en el lugar de hospedaje (Hasta US\$200 por día, máximo 60 días por asegurado y por año póliza)</b>                                                                                                                                                                                    |                     |                   |
| Cuidados al Asegurado en el lugar donde se esté hospedando en el extranjero, los cuales han sido prescritos y certificados por el médico tratante en lugar de la hospitalización y brindados por profesionales certificados y autorizados- por ejemplo: enfermeros, terapeutas, etc.- fuera del hospital. |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                            | Ded. Agregado Anual | 100%              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Cuidados al Asegurado en el lugar donde se esté hospedando en el extranjero, los cuales han sido prescritos y certificados por el médico tratante en lugar de la hospitalización y brindados por profesionales certificados y autorizados- por ejemplo: enfermeros, terapeutas, etc.- fuera del hospital.  |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                             | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                        | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Chequeo médico anual (Hasta US\$400 por asegurado y por año póliza)                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                   |
| No es necesario cubrir el deducible anual                                                                                                                                                                                                                                                                  | No aplica           | 100%              |
| Vacunas médicamente requeridas (Hasta US\$800 por asegurado y por año póliza)                                                                                                                                                                                                                              |                     |                   |
| No es necesario cubrir el deducible anual                                                                                                                                                                                                                                                                  | No aplica           | 80%               |
| Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Solo Opción 1- Cobertura Mundial                                                                                                                                                                                                    |                     |                   |
| Gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América (cuando la zona geográfica de atención de la póliza contratada lo permita) que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza. |                     |                   |
| No es necesario cubrir el deducible anual                                                                                                                                                                                                                                                                  | US\$ 50             | 100%              |
| Salud Mental (Hasta 90 visitas de por vida por asegurado)                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                             | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                        | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Atención Hospitalaria                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                   |
| La atención se brindará una vez cubierto el deducible agregado anual por parte del Asegurado.                                                                                                                                                                                                              | Deducible US\$      | Cubierto al % (1) |
| Servicios hospitalarios                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                             | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                        | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar)                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                             | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                        | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Unidad de cuidados intensivos (UCI)                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                             | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                        | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Honorarios médicos y de enfermería                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                             | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                        | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Medicamentos por receta durante la hospitalización                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                             | Ded. Agregado Anual | 100%              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Procedimientos de diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                   |
| Abarca patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Cirugía bariátrica (Período de espera de 24 meses)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado (Hasta US\$300 por día)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Atención en Servicios de Emergencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Deducible US\$      | Cubierto al % [1] |
| Tratamiento médico de emergencia dentro y/o fuera de la Red de Proveedores afiliados al plan cuando la vida o integridad física del Asegurado se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a la COMPAÑÍA según lo indicado en el artículo 5 de las Condiciones Generales. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la Red de Proveedores afiliados al plan relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red. |                     |                   |
| Emergencia por Accidente, Ambulatoria y/u Hospitalaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                   |
| Atenciones notificadas a la COMPAÑÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No aplica           | 100%              |
| Atenciones no notificadas a la COMPAÑÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Emergencia Médica Ambulatoria y/u Hospitalaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                   |
| Atenciones notificadas a la COMPAÑÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Atenciones no notificadas a la COMPAÑÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Evacuación Médica de Emergencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                   |
| La atención se brindará una vez cubierto el deducible general por parte del Asegurado.<br>Las atenciones deben ser notificadas y pre aprobadas por la Compañía.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Deducible US\$      | Cubierto al % [1] |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Ambulancia terrestre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ded. Agregado Anual | 70%               |
| Viaje de regreso (al lugar de donde el Asegurado fue evacuado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                   |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 100%              |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ded. Agregado Anual | 70%               |

| Tratamiento Dental por Emergencia por Accidente                                                                                                                                                                                                                                                                    | Deducible<br>US\$   | Cubierto al<br>% [1] |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Tratamiento Dental de Emergencia (tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto)                                                                                                                                                                                                      | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Condiciones Congénitas y/o Hereditarias                                                                                                                                                                                                                                                                            | Deducible<br>US\$   | Cubierto al<br>% [1] |
| Tratamiento Dental de Emergencia (tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto)                                                                                                                                                                                                      | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Diagnosticadas antes de los 18 años de edad (Hasta US\$300,000 de por vida por asegurado)                                                                                                                                                                                                                          |                     |                      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                     | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%                  |
| Diagnosticas a los 18 años o después                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                     | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%                  |
| Otros Beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Deducible<br>US\$   | Cubierto al<br>% [1] |
| Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/cirugía reconstructiva)                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                     | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%                  |
| Insuficiencia renal - diálisis                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                     | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%                  |
| Procedimientos de trasplante (Hasta US\$1'000,000 por diagnóstico, de por vida por asegurado)<br>Según lo indicado en el Art. 5.10 de las Condiciones Generales. Cobertura para los siguientes trasplantes: córnea, intestino delgado, riñón, riñón/páncreas, hígado, corazón, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea |                     |                      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                     | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%                  |
| Tratamientos especiales y Medicamentos altamente especializados (Hasta US\$500,000 de por vida por asegurado)<br>(prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortopédicos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)                                            |                     |                      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                     | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%                  |
| VIH/SIDA (Hasta US\$1'000,000 de por vida por asegurado)                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                     | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%                  |
| Cobertura de actividades y deportes peligrosos (amateur y profesional)                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                     | Ded. Agregado Anual | 100%                 |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)                                                                                                                                                                                                                | Ded. Agregado Anual | 70%                  |

|                                                                                                           |                     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|
| Segunda opinión quirúrgica requerida                                                                      |                     |      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)            | Ded. Agregado Anual | 100% |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)       | Ded. Agregado Anual | 70%  |
| Enfermedades Epidémicas y Pandémicas (Excluye Covid-19. Hasta US\$10,000, por asegurado y por año póliza) |                     |      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)            | Ded. Agregado Anual | 100% |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)       | Ded. Agregado Anual | 70%  |
| COVID-19 (Hasta US\$100,000, por asegurado y por año póliza)                                              |                     |      |
| Por Crédito (atenciones pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)            | Ded. Agregado Anual | 100% |
| Por Reembolso (atenciones no pre aprobadas por la COMPAÑÍA en Red de Proveedores afiliados al plan)       | Ded. Agregado Anual | 70%  |

| TARIFARIO (1)<br>Primas Anuales |                           |                      |                       |                      |                       |                      |                                 |                      |                       |                      |                       |                      |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Edad                            | LATAM (No incluye Brasil) |                      |                       |                      |                       |                      | Completo (Incluye Brasil y USA) |                      |                       |                      |                       |                      |
|                                 | Deducible US\$ 5,000      |                      | Deducible US\$ 10,000 |                      | Deducible US\$ 20,000 |                      | Deducible US\$ 5,000            |                      | Deducible US\$ 10,000 |                      | Deducible US\$ 20,000 |                      |
|                                 | Prima Comercial           | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial                 | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV |
| 1                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 2                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 3                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 4                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 5                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 6                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 7                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 8                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 9                               | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 10                              | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 11                              | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 12                              | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 13                              | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 14                              | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 15                              | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 16                              | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 17                              | \$881.68                  | \$1,040.38           | \$727.18              | \$858.07             | \$633.45              | \$747.47             | \$1,439.94                      | \$1,699.13           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$1,034.12            | \$1,220.26           |
| 18                              | \$889.92                  | \$1,050.11           | \$733.36              | \$865.36             | \$638.60              | \$753.55             | \$1,452.30                      | \$1,713.71           | \$1,197.89            | \$1,413.51           | \$1,043.39            | \$1,231.20           |
| 19                              | \$897.13                  | \$1,058.61           | \$739.54              | \$872.66             | \$644.78              | \$760.84             | \$1,464.66                      | \$1,728.30           | \$1,208.19            | \$1,425.66           | \$1,052.66            | \$1,242.14           |
| 20                              | \$904.34                  | \$1,067.12           | \$745.72              | \$879.95             | \$649.93              | \$766.92             | \$1,477.02                      | \$1,742.88           | \$1,218.49            | \$1,437.82           | \$1,060.90            | \$1,251.86           |
| 21                              | \$912.58                  | \$1,076.84           | \$751.90              | \$887.24             | \$655.08              | \$772.99             | \$1,490.41                      | \$1,758.68           | \$1,228.79            | \$1,449.97           | \$1,070.17            | \$1,262.80           |
| 22                              | \$919.79                  | \$1,085.35           | \$758.08              | \$894.53             | \$661.26              | \$780.29             | \$1,502.77                      | \$1,773.27           | \$1,239.09            | \$1,462.13           | \$1,079.44            | \$1,273.74           |
| 23                              | \$927.00                  | \$1,093.86           | \$764.26              | \$901.83             | \$666.41              | \$786.36             | \$1,515.13                      | \$1,787.85           | \$1,249.39            | \$1,474.28           | \$1,087.68            | \$1,283.46           |
| 24                              | \$935.24                  | \$1,103.58           | \$770.44              | \$909.12             | \$671.56              | \$792.44             | \$1,527.49                      | \$1,802.44           | \$1,258.66            | \$1,485.22           | \$1,096.95            | \$1,294.40           |
| 25                              | \$942.45                  | \$1,112.09           | \$777.65              | \$917.63             | \$676.71              | \$798.52             | \$1,539.85                      | \$1,817.02           | \$1,268.96            | \$1,497.37           | \$1,106.22            | \$1,305.34           |
| 26                              | \$1,037.21                | \$1,223.91           | \$854.90              | \$1,008.78           | \$744.69              | \$878.73             | \$1,694.35                      | \$1,999.33           | \$1,396.68            | \$1,648.08           | \$1,216.43            | \$1,435.39           |
| 27                              | \$1,155.66                | \$1,363.68           | \$952.75              | \$1,124.25           | \$830.18              | \$979.61             | \$1,887.99                      | \$2,227.83           | \$1,556.33            | \$1,836.47           | \$1,356.51            | \$1,600.68           |
| 28                              | \$1,258.66                | \$1,485.22           | \$1,037.21            | \$1,223.91           | \$904.34              | \$1,067.12           | \$2,054.85                      | \$2,424.72           | \$1,694.35            | \$1,999.33           | \$1,475.99            | \$1,741.67           |
| 29                              | \$1,327.67                | \$1,566.65           | \$1,094.89            | \$1,291.97           | \$953.78              | \$1,125.46           | \$2,168.15                      | \$2,558.42           | \$1,788.08            | \$2,109.93           | \$1,557.36            | \$1,837.68           |
| 30                              | \$1,381.23                | \$1,629.85           | \$1,138.15            | \$1,343.02           | \$991.89              | \$1,170.43           | \$2,254.67                      | \$2,660.51           | \$1,859.15            | \$2,193.80           | \$1,620.19            | \$1,911.82           |

| Edad | LATAM (No incluye Brasil) |                      |                       |                      |                       |                      | Completo (Incluye Brasil y USA) |                      |                       |                      |                       |                      |
|------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
|      | Deducible US\$ 5,000      |                      | Deducible US\$ 10,000 |                      | Deducible US\$ 20,000 |                      | Deducible US\$ 5,000            |                      | Deducible US\$ 10,000 |                      | Deducible US\$ 20,000 |                      |
|      | Prima Comercial           | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial                 | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV |
| 31   | \$1,411.10                | \$1,665.10           | \$1,163.90            | \$1,373.40           | \$1,013.52            | \$1,195.95           | \$2,305.14                      | \$2,720.07           | \$1,900.35            | \$2,242.41           | \$1,655.21            | \$1,953.15           |
| 32   | \$1,436.85                | \$1,695.48           | \$1,184.50            | \$1,397.71           | \$1,032.06            | \$1,217.83           | \$2,346.34                      | \$2,768.68           | \$1,934.34            | \$2,282.52           | \$1,685.08            | \$1,988.39           |
| 33   | \$1,460.54                | \$1,723.44           | \$1,204.07            | \$1,420.80           | \$1,049.57            | \$1,238.49           | \$2,385.48                      | \$2,814.87           | \$1,967.30            | \$2,321.41           | \$1,713.92            | \$2,022.43           |
| 34   | \$1,481.14                | \$1,747.75           | \$1,221.58            | \$1,441.46           | \$1,063.99            | \$1,255.51           | \$2,419.47                      | \$2,854.97           | \$1,994.08            | \$2,353.01           | \$1,737.61            | \$2,050.38           |
| 35   | \$1,511.01                | \$1,782.99           | \$1,246.30            | \$1,470.63           | \$1,085.62            | \$1,281.03           | \$2,467.88                      | \$2,912.10           | \$2,035.28            | \$2,401.63           | \$1,772.63            | \$2,091.70           |
| 36   | \$1,548.09                | \$1,826.75           | \$1,276.17            | \$1,505.88           | \$1,112.40            | \$1,312.63           | \$2,528.65                      | \$2,983.81           | \$2,084.72            | \$2,459.97           | \$1,816.92            | \$2,143.97           |
| 37   | \$1,602.68                | \$1,891.16           | \$1,321.49            | \$1,559.36           | \$1,150.51            | \$1,357.60           | \$2,617.23                      | \$3,088.33           | \$2,157.85            | \$2,546.26           | \$1,879.75            | \$2,218.11           |
| 38   | \$1,652.12                | \$1,949.50           | \$1,362.69            | \$1,607.97           | \$1,187.59            | \$1,401.36           | \$2,699.63                      | \$3,185.56           | \$2,225.83            | \$2,626.48           | \$1,938.46            | \$2,287.38           |
| 39   | \$1,695.38                | \$2,000.55           | \$1,397.71            | \$1,649.30           | \$1,217.46            | \$1,436.60           | \$2,768.64                      | \$3,267.00           | \$2,282.48            | \$2,693.33           | \$1,988.93            | \$2,346.94           |
| 40   | \$1,734.52                | \$2,046.73           | \$1,429.64            | \$1,686.98           | \$1,245.27            | \$1,469.42           | \$2,832.50                      | \$3,342.35           | \$2,335.01            | \$2,755.31           | \$2,034.25            | \$2,400.42           |
| 41   | \$1,770.57                | \$2,089.27           | \$1,459.51            | \$1,722.22           | \$1,272.05            | \$1,501.02           | \$2,892.24                      | \$3,412.84           | \$2,384.45            | \$2,813.65           | \$2,077.51            | \$2,451.46           |
| 42   | \$1,793.23                | \$2,116.01           | \$1,478.05            | \$1,744.10           | \$1,288.53            | \$1,520.47           | \$2,928.29                      | \$3,455.38           | \$2,414.32            | \$2,848.90           | \$2,104.29            | \$2,483.06           |
| 43   | \$1,827.22                | \$2,156.12           | \$1,506.89            | \$1,778.13           | \$1,312.22            | \$1,548.42           | \$2,984.94                      | \$3,522.23           | \$2,460.67            | \$2,903.59           | \$2,143.43            | \$2,529.25           |
| 44   | \$1,863.27                | \$2,198.66           | \$1,535.73            | \$1,812.16           | \$1,337.97            | \$1,578.80           | \$3,043.65                      | \$3,591.51           | \$2,509.08            | \$2,960.71           | \$2,185.66            | \$2,579.08           |
| 45   | \$1,885.93                | \$2,225.40           | \$1,555.30            | \$1,835.25           | \$1,355.48            | \$1,599.47           | \$3,080.73                      | \$3,635.26           | \$2,539.98            | \$2,997.18           | \$2,213.47            | \$2,611.89           |
| 46   | \$1,985.84                | \$2,343.29           | \$1,636.67            | \$1,931.27           | \$1,426.55            | \$1,683.33           | \$3,243.47                      | \$3,827.29           | \$2,673.88            | \$3,155.18           | \$2,329.86            | \$2,749.23           |
| 47   | \$2,099.14                | \$2,476.99           | \$1,730.40            | \$2,041.87           | \$1,507.92            | \$1,779.35           | \$3,428.87                      | \$4,046.07           | \$2,827.35            | \$3,336.27           | \$2,462.73            | \$2,906.02           |
| 48   | \$2,221.71                | \$2,621.62           | \$1,831.34            | \$2,160.98           | \$1,596.50            | \$1,883.87           | \$3,628.69                      | \$4,281.85           | \$2,992.15            | \$3,530.74           | \$2,606.93            | \$3,076.18           |
| 49   | \$2,350.46                | \$2,773.54           | \$1,937.43            | \$2,286.17           | \$1,688.17            | \$1,992.04           | \$3,838.81                      | \$4,529.80           | \$3,165.19            | \$3,734.92           | \$2,757.31            | \$3,253.63           |
| 50   | \$2,494.66                | \$2,943.70           | \$2,056.91            | \$2,427.15           | \$1,792.20            | \$2,114.80           | \$4,074.68                      | \$4,808.12           | \$3,359.86            | \$3,964.63           | \$2,927.26            | \$3,454.17           |
| 51   | \$2,631.65                | \$3,105.35           | \$2,169.18            | \$2,559.63           | \$1,890.05            | \$2,230.26           | \$4,297.16                      | \$5,070.65           | \$3,543.20            | \$4,180.98           | \$3,086.91            | \$3,642.55           |
| 52   | \$2,802.63                | \$3,307.10           | \$2,310.29            | \$2,726.14           | \$2,012.62            | \$2,374.89           | \$4,577.32                      | \$5,401.24           | \$3,773.92            | \$4,453.23           | \$3,287.76            | \$3,879.56           |
| 53   | \$3,082.79                | \$3,637.69           | \$2,542.04            | \$2,999.61           | \$2,214.50            | \$2,613.11           | \$5,034.64                      | \$5,940.88           | \$4,150.90            | \$4,898.06           | \$3,616.33            | \$4,267.27           |
| 54   | \$3,271.28                | \$3,860.11           | \$2,696.54            | \$3,181.92           | \$2,349.43            | \$2,772.33           | \$5,341.58                      | \$6,303.06           | \$4,404.28            | \$5,197.05           | \$3,837.78            | \$4,528.58           |
| 55   | \$3,520.54                | \$4,154.24           | \$2,902.54            | \$3,425.00           | \$2,528.65            | \$2,983.81           | \$5,749.46                      | \$6,784.36           | \$4,740.06            | \$5,593.27           | \$4,130.30            | \$4,873.75           |
| 56   | \$3,703.88                | \$4,370.58           | \$3,053.95            | \$3,603.66           | \$2,660.49            | \$3,139.38           | \$6,049.19                      | \$7,138.04           | \$4,987.26            | \$5,884.97           | \$4,345.57            | \$5,127.77           |
| 57   | \$3,928.42                | \$4,635.54           | \$3,239.35            | \$3,822.43           | \$2,822.20            | \$3,330.20           | \$6,416.90                      | \$7,571.94           | \$5,290.08            | \$6,242.29           | \$4,609.25            | \$5,438.92           |
| 58   | \$4,129.27                | \$4,872.54           | \$3,404.15            | \$4,016.90           | \$2,966.40            | \$3,500.35           | \$6,744.44                      | \$7,958.44           | \$5,560.97            | \$6,561.94           | \$4,845.12            | \$5,717.24           |
| 59   | \$4,348.66                | \$5,131.42           | \$3,585.43            | \$4,230.81           | \$3,123.99            | \$3,686.31           | \$7,101.85                      | \$8,380.18           | \$5,855.55            | \$6,909.55           | \$5,101.59            | \$6,019.88           |
| 60   | \$4,660.75                | \$5,499.69           | \$3,842.93            | \$4,534.66           | \$3,347.50            | \$3,950.05           | \$7,612.73                      | \$8,983.02           | \$6,275.79            | \$7,405.43           | \$5,468.27            | \$6,452.56           |
| 61   | \$5,166.48                | \$6,096.45           | \$4,260.08            | \$5,026.89           | \$3,712.12            | \$4,380.30           | \$8,438.79                      | \$9,957.77           | \$6,957.65            | \$8,210.03           | \$6,062.58            | \$7,153.84           |
| 62   | \$5,646.46                | \$6,662.82           | \$4,655.60            | \$5,493.61           | \$4,056.14            | \$4,786.25           | \$9,222.62                      | \$10,882.69          | \$7,604.49            | \$8,973.30           | \$6,624.96            | \$7,817.45           |
| 63   | \$6,052.28                | \$7,141.69           | \$4,990.35            | \$5,888.61           | \$4,347.63            | \$5,130.20           | \$9,884.91                      | \$11,664.19          | \$8,150.39            | \$9,617.46           | \$7,100.82            | \$8,378.97           |
| 64   | \$6,652.77                | \$7,850.27           | \$5,484.75            | \$6,472.01           | \$4,779.20            | \$5,639.46           | \$10,865.47                     | \$12,821.25          | \$8,957.91            | \$10,570.33          | \$7,805.34            | \$9,210.30           |
| 65   | \$7,157.47                | \$8,445.81           | \$5,900.87            | \$6,963.03           | \$5,141.76            | \$6,067.28           | \$11,689.47                     | \$13,793.57          | \$9,638.74            | \$11,373.71          | \$8,397.59            | \$9,909.16           |
| 66   | \$7,501.49                | \$8,851.76           | \$6,185.15            | \$7,298.48           | \$5,388.96            | \$6,358.97           | \$12,252.88                     | \$14,458.40          | \$10,102.24           | \$11,920.64          | \$8,801.35            | \$10,385.59          |



| Edad | LATAM (No incluye Brasil) |                      |                       |                      |                       |                      | Completo (Incluye Brasil y USA) |                      |                       |                      |                       |                      |
|------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
|      | Deducible US\$ 5,000      |                      | Deducible US\$ 10,000 |                      | Deducible US\$ 20,000 |                      | Deducible US\$ 5,000            |                      | Deducible US\$ 10,000 |                      | Deducible US\$ 20,000 |                      |
|      | Prima Comercial           | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial                 | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV | Prima Comercial       | Prima Comercial +IGV |
| 67   | \$7,945.42                | \$9,375.60           | \$6,550.80            | \$7,729.94           | \$5,707.23            | \$6,734.53           | \$12,975.94                     | \$15,311.61          | \$10,698.61           | \$12,624.36          | \$9,321.50            | \$10,999.37          |
| 68   | \$8,455.27                | \$9,977.22           | \$6,971.04            | \$8,225.83           | \$6,073.91            | \$7,167.21           | \$13,810.24                     | \$16,296.08          | \$11,386.65           | \$13,436.25          | \$9,919.93            | \$11,705.52          |
| 69   | \$8,786.93                | \$10,368.58          | \$7,245.02            | \$8,549.12           | \$6,311.84            | \$7,447.97           | \$14,350.99                     | \$16,934.17          | \$11,832.64           | \$13,962.52          | \$10,309.27           | \$12,164.94          |
| 70   | \$9,064.00                | \$10,695.52          | \$7,472.65            | \$8,817.73           | \$6,510.63            | \$7,682.54           | \$14,803.16                     | \$17,467.73          | \$12,205.50           | \$14,402.49          | \$10,633.72           | \$12,547.79          |
| 71   | \$9,329.74                | \$11,009.09          | \$7,692.04            | \$9,076.61           | \$6,702.21            | \$7,908.61           | \$15,237.82                     | \$17,980.63          | \$12,563.94           | \$14,825.45          | \$10,945.81           | \$12,916.06          |
| 72   | \$9,384.33                | \$11,073.51          | \$7,737.36            | \$9,130.08           | \$6,741.35            | \$7,954.79           | \$15,327.43                     | \$18,086.37          | \$12,637.07           | \$14,911.74          | \$11,010.70           | \$12,992.63          |
| 73   | \$9,438.92                | \$11,137.93          | \$7,782.68            | \$9,183.56           | \$6,780.49            | \$8,000.98           | \$15,417.04                     | \$18,192.11          | \$12,711.23           | \$14,999.25          | \$11,074.56           | \$13,067.98          |
| 74   | \$9,494.54                | \$11,203.56          | \$7,828.00            | \$9,237.04           | \$6,819.63            | \$8,047.16           | \$15,506.65                     | \$18,297.85          | \$12,785.39           | \$15,086.76          | \$11,139.45           | \$13,144.55          |
| 75   | \$9,549.13                | \$11,267.97          | \$7,873.32            | \$9,290.52           | \$6,859.80            | \$8,094.56           | \$15,596.26                     | \$18,403.59          | \$12,859.55           | \$15,174.27          | \$11,203.31           | \$13,219.91          |

**IMPORTANTE:**

[1] Tarifas referenciales sujetas a evaluación de antecedentes médicos y criterios técnicos actuariales. Tarifas corresponden a asegurados que no hayan tenido un seguro de salud en el sistema asegurador privado, o que habiéndolo tenido se encuentren fuera del plazo de continuidad o migración establecido por norma legal vigente. Las primas están sujetas a variación en el tiempo y podrán incrementarse en función a la proyección de gastos médicos.

**OPCIONES DE PAGO Y FRACCIONAMIENTO DE PRIMA:**

- > Pago en 1 cuota sin intereses
- > Fraccionamiento en 4 cuotas trimestrales sin intereses
- > Fraccionamiento en 10 cuotas (aplican intereses con una TEA 16.5%)
- > Fraccionamiento en 12 cuotas, obligatorio afiliación al cargo automático (aplican intereses con una TEA 16.5%)

**PERIODICIDAD:**

Renovación anual.

**COMERCIALIZACIÓN:**

Corredores, comisión de 10% sobre la prima comercial para nueva venta y renovaciones.